Hommage de l'au

(10)

DE

LA PNEUMONIE

AIGUE ET CHRONIQUE

CHEZ LES VIEILLARDS.

THÈSE INAUGURALE

REVUE ET AUGMENTÉE,

Par Edouard Charlton,

DOCTEUR EN MÉDECINE.

14 Mai 1845.

Quid est autem tàm secundùm naturam
quàm senibus emori?

Cic. *de Senectute.*

IMPRIMERIE DE WITTERSHEIM,
Rue Montmorency, 8.

1845.

Digitized by the Internet Archive
in 2016

https://archive.org/details/b22357944

MATRI

FILIUS.

A MES BONS AMIS

BERNUTZ ET LACOUR,

Internes des Hôpitaux.

DE LA PNEUMONIE

AIGUE ET CHRONIQUE

CHEZ LES VIEILLARDS.

Dans la rédaction de cette thèse j'ai eu pour but plutôt de consigner le résultat de mes observations pendant mon séjour à l'hospice de la Vieillesse (hommes), que de rapporter tout ce qui a été écrit sur ce sujet. Les faits sur lesquels je me suis fondé ont été receuillis dans le service de M. Natalis Guillot et de M. Jules Pelletan, que je prie d'agréer mes remercîments pour la bienveillance qu'ils m'ont témoignée. Je prends cette même occasion de remercier mes amis Bernutz et Lacour, qui ont bien voulu mettre à ma disposition les observations qu'ils avaient recueillies et les résultats de leur expérience personnelle sur plusieurs points de l'histoire de la pneumonie des vieillards.

La Pneumonie est une lésion du parenchyme pulmonaire, qui tend à la suppuration, bien qu'elle puisse ne pas parcourir toutes les périodes. Suivant la rapidité de sa marche, on la divise en *aiguë* et *chronique*. Je traiterai successivement de ces deux formes.

PNEUMONIE AIGUE.

La pneumonie aiguë, quand sa marche est régulière et complète, présente trois périodes caractérisées, la première par la congestion, la seconde par un état particulier appelé hépatisation rouge, la troisième par la suppuration diffuse ou sous forme d'abcès. Les caractères anatomiques des deux dernières périodes sont tellement tranchés, que tout le monde s'accorde à les regarder comme caractéristiqnes de la pneumonie. Il n'en est pas de même de la première : en effet, il est constant qu'il se fait dans le poumon, comme dans tout autre organe, des congestions actives et passi-

ves qui n'ont aucune tendance à la suppuration. Comment les distinguer des congestions inflammatoires ? on est encore à trouver des caractères distinctifs, si toutefois il en existe, ce qui me paraît douteux. Peut-on se fonder sur les caractères symptomatiques ? L'observation a permis de constater une série de symptômes propres à la pneumonie, dont l'existence peut éclairer sur la nature des lésions cadavériques : ainsi, qu'on ait observé un point de côté, avec toux et crachats rouillés, on sera en droit de considérer comme inflammatoire une congestion qu'on trouvera sur le cadavre, quand le temps n'aura pas permis le développement de la seconde période. Mais chez le vieillard le peu de réaction du système général et l'inconstance des troubles fonctionnels ne permettent pas de s'appuyer sur les symptômes pour déterminer la nature phlegmasique de la maladie. On est donc réduit aux lésions anatomiques, et pour rester dans le vrai on ne devra considérer comme inflammatoires que les congestions qui offrent en quelque point un commencement d'hépatisation, jusqu'à ce qu'on ait montré en quoi ces congestions diffèrent anatomiquement des autres. Il n'y a donc pour moi, en l'absence des signes pathognomoniques, aucune différence appréciable entre la congestion simple non inflammatoire et le premier dégré de la pneumonie.

Anatomie pathologique. — On retrouve dans les caractères anatomiques de la pneumonie du vieillard les trois dégrés décrits par tous les auteurs dans la pneumonie de l'adulte. Je me bornerai ici à indiquer les modifications qu'ils m'ont paru présenter à cette période de la vie. Ces modifications sont nulles en ce qui concerne le premier dégré ; quant au deuxième, il nous offre quelques particularités qu'il convient de signaler. Le tissu hépatisé est un peu plus ferme que chez l'adulte, il n'est pas aussi facilement réduit en bouillie par la pression du doigt. De plus, chez les premiers, plongé dans l'eau, il gagne toujours le fond du vase, tandis que chez le vieillard, il arrive quelquefois qu'on voit surnager des portions de poumon en apparence complètement hépatisées. Ce phénomène pourtant n'est pas aussi fréquent qu'on serait porté à le croire, d'après les travaux de MM. Hourmann et Dechambre, et l'explication qu'ils en ont donnée ne me

semble pas la véritable. En effet, si l'on soumet à un filet d'eau ou à la macération ces portions de poumon en apparence complètement hépatisées qui sont plus légères que l'eau, on s'assure facilement qu'une grande partie du tissu pulmonaire sur lequel on expérimente reprend ses propriétés normales, tandis que quelques noyaux seulement restent avec leur caractère d'hépatisation. Dès-lors, n'est-il pas plus rationnel de rapporter à cette dissémination des noyaux la légèreté spécifique des tranches plutôt qu'à la légèreté spécifique plus grande du tissu pulmonaire normal du vieillard ? Nous verrons par la suite quelles modifications importantes ce reste de perméabilité du tissu hépatisé apporte dans les symptômes physiques de la maladie. Le parenchyme offre le plus souvent un aspect granulé qui ne diffère pas sensiblement de ce qui s'observe chez l'adulte : mais parfois aucune granulation n'est perceptible ni à la coupe ni à la déchirure. L'état du tissu pulmonaire décrit par les auteurs sous le nom de splénisation se rencontre rarement : dans aucun des cas que j'ai vus, elle ne coïncidait avec l'hépatisation. Je ne sais même jusqu'à quel point on est autorisé à ranger cette altération parmi les lésions inflammatoires du poumon : d'après mes observations, je serais plutôt porté à la rapprocher de l'apoplexie. Il n'est pas rare de rencontrer, surtout dans la forme adynamique de la maladie, au milieu de l'hépatisation rouge, des noyaux d'apoplexie pulmonaire en quantité variable.

Ce que je viens de dire du 2e dégré s'applique également au 3e. Tantôt granulées, tantôt lisses, les portions du tissu pulmonaire, arrivées à l'état d'hépatisation grise, gagnent le plus souvent le fond de l'eau, mais aussi restent parfois à la surface. Dans certains cas rares, au lieu de la teinte gris-sale ordinaire, le poumon malade présentait une coloration jaune-clair, entremêlée de points rougeâtres ou brunâtres, mais offrait du reste l'état granulé, la friabilité et la densité de l'hépatisation grise. Ces différents états peuvent exister seuls, mais c'est le cas le plus rare ; ils peuvent être tous réunis. En général, on observe une combinaison des lésions caractéristiques des deux premières ou des deux dernières périodes, qu'elles occupent la totalité ou une portion seulement du tissu pulmonaire. Une lésion qu'on rencontre fréquemment

en même temps que la pneumonie, c'est l'emphysème; mais, comme on la trouve dans la même proportion chez les sujets non pneumoniques, il ne faut y voir qu'une lésion préexistante. Un autre caractère distinctif dans la pneumonie du vieillard, c'est la fréquence de la forme lobulaire: elle peut se montrer dans les trois degrés, plus rarement toutefois dans la congestion que dans les autres périodes de la maladie. Mais c'est surtout dans la pneumonie chronique que cette forme devient prédominante : c'est là aussi que je me propose de l'étudier.

J'ignore les changements anatomiques qui ont lieu pendant la résolution de la pneumonie aiguë chez le vieillard; quant à son passage à l'état chronique, il en sera question plus loin. La formation d'abcès dans la troisième période de la maladie, sans être commune dans la vieillesse, l'est pourtant plus que chez l'adulte ; mais c'est surtout dans la pneumonie chronique qu'on a l'occasion de les observer. Quelques auteurs ont signalé la même circonstance dans la pneumonie lobulaire de l'enfance, et, lorsqu'on réfléchit que c'est précisément là la forme prédominante dans la pneumonie chronique du vieillard, on est porté à croire que ce n'est pas sans fondement que cette forme a été considérée comme prédisposante aux abcès pulmonaires. L'état anatomique des foyers ne présentant rien de particulier, je renvoie pour leur description à celle qu'on trouve dans toutes les monographies de la pneumonie. Pour ce qui est de la gangrène, je ne l'ai observée que trois fois; dans l'un des cas, elle était disséminée et succédait à une pneumonie lobulaire chronique; dans les deux autres dont seulement il sera question pour le moment elle était limitée et faisait suite à une inflammation aiguë. Dans le premier cas deux foyers gangréneux existaient dans le poumon gauche, l'un plus grand au sommet, l'autre plus petit au pourtour de la base. Ces foyers se continuaient sans membrane intermédiaire avec le tissu pulmonaire environnant, qui offrait des traces d'hépatisation rouge; celui du sommet communiquait largement avec les bronches. Dans le second cas de gangrène circonscrite, le foyer occupait la partie supérieure du lobe inférieur du poumon, et la partie inférieure du lobe supérieur. Une fausse membrane existait en dehors seulement au niveau

de la scissure, et s'opposait ainsi à l'épanchement du détritus gangréneux dans la cavité de la plèvre.

Siége. — Dans l'immense majorité des cas, la pneumonie est double et occupe la base des poumons. Dans ceux où un côté seul est affecté, c'est presque toujours le lobe inférieur qu'elle frappe de préférence. Chez le vieillard il est extrêmement rare aussi de voir la pneumonie occuper le bord antérieur du poumon. Deux fois seulement, sur un nombre considérable d'autopsies, j'ai trouvé ce bord du côté gauche affecté de pneumonie chronique dans toute sa hauteur et sur une largeur de deux travers de doigts environ.

Lésions concomitantes. État des plèvres. — Quelle que soit la maladie à laquelle succombe un vieillard, il est rare de trouver les plèvres complètement saines; il existe presque toujours, de l'un ou de l'autre côté, souvent des deux à la fois, des adhérences plus ou moins nombreuses, plus ou moins anciennes. Ces adhérences, le plus souvent simplement celluleuses, passent quelquefois à l'état cartilagineux et même osseux. Assez souvent elles existent dans toute l'étendue des surfaces pleurales, et l'on comprend sans peine qu'un épanchement ne saurait alors compliquer la maladie primitive. Dans le plus grand nombre de cas où ces adhérences manquent, on trouve un épanchement de sérosité dans les plèvres, accompagné ou non de fausses membranes. Il résulte de là que, bien que la complication de la pleurésie récente avec la pneumonie aiguë soit, absolument parlant, beaucoup plus rare chez le vieillard que chez l'adulte, elle ne l'est plus autant relativement aux cas où aucun obstacle ne s'oppose à sa production. J'ai rencontré aussi, rarement, il est vrai, un autre état pathologique qui consiste dans l'épanchement dans les plèvres d'une quantité quelquefois considérable de sang, tantôt liquide, tantôt sous forme de caillots plus ou moins volumineux et de consistance variable, sans que dans aucun des cinq ou six cas que j'ai observés il ait été possible de trouver la moindre rupture qui ait pu lui donner passage. Une seule fois ces caillots étaient fermes et décolorés; toutes les autres, ils étaient mous et d'une couleur rouge ou rouge noirâtre. Cet état diffère de celui décrit par Laënnec, sous le nom de pleurésie hémorrhagi-

que, par l'existence plus fréquente de caillots et par l'absence d'aucune altération appréciable des plèvres. C'est surtout comme complication de la pneumonie chronique que ces lésions ont été observées.

État des bronches. — En général on trouve les grosses bronches avec leur coloration normale ; mais, à mesure qu'elles se divisent, elles offrent une teinte rougeâtre de plus en plus foncée, souvent rouge noirâtre. A part cette rougeur des petites bronches, je n'ai jamais observé d'autres lésions de la muqueuse aérienne, si ce n'est une seule fois, dans le cas de la pneumonie chronique avec gangrène, dans lequel une ulcération noirâtre avait envahi l'une des cordes vocales inférieures. Je n'ai pas trouvé le calibre des bronches augmenté dans les dix ou quinze cas où je les ai ouvertes dans toute leur longueur. Toujours les bronches contiennent une grande quantité de liquide, de consistance variable, le plus souvent visqueuse : une fois le liquide était tellement considérable, qu'il refluait par l'arrière-bouche. La coloration du mucus varie : le plus souvent jaunâtre ou légèrement verdâtre, dans certains cas, il a présenté une teinte rosée. L'expectoration étant très-difficile chez le vieillard, les efforts auxquels il se livre souvent infructueux, il arrive que les mucosités s'accumulent autour de la base de l'épiglotte, quelquefois même à sa surface; là elles acquièrent une consistance plus grande, et se présentent sur le cadavre sous forme de glaires très-visqueuses qui obstruent en grande partie l'orifice supérieur du larynx. Les ganglions bronchiques n'offrent rien de particulier à la pneumonie; dans cette maladie, comme dans toute autre, chez le vieillard, ils se présentent le plus souvent sous forme de noyaux entièrement convertis en matière noire.

État du cœur. — Dans le cœur, qui, considéré en lui-même, est le plus souvent hypertrophié, on trouve à l'autopsie des caillots quelquefois tellement volumineux, qu'ils en remplissent entièrement les cavités ; caillots ordinairement jaunes, denses, glutineux, évidemment formés par la concrétion de la fibrine du sang, se prolongeant plus ou moins loin dans l'aorte et l'artère pulmonaire. Ces caillots s'observent surtout dans les cavités gauches ;

on en voit aussi quelquefois dans l'oreillette droite, mais en général ces derniers sont noirs, plus diffluents que les premiers. Il est assez rare d'en rencontrer dans le ventricule droit. Dans un cas remarquable, l'artère pulmonaire était presque entièrement oblitérée par un de ces caillots, qui non-seulement occupait le tronc de l'artère, mais se prolongeait jusque dans ses plus petites divisions. Dans un autre cas de pneumonie, à laquelle le malade n'a succombé qu'au bout de trois mois environ, l'endocarde offrait des altérations tellement remarquables, que je ne puis les passer sous silence. Le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche était porté à tel point, qu'il admettait à peine l'extrémité du petit doigt; les valvules, soudées par leurs bords, étaient très épaisses et avaient passé à l'état cartilagineux. Dans l'oreillette gauche on observait les lésions suivantes : un caillot volumineux, décoloré, très dense la remplissait en entier et adhérait intimement à la membrane interne, dont on la séparait difficilement. La membrane elle-même était rouge, violacée dans certains endroits, et présentait presque partout une épaisseur aussi considérable que celle des parois de l'aorte. On pouvait par la dissection l'isoler de la couche musculaire sous-jacente dans toute son étendue, et, en continuant la dissection jusque sur les valvules, on pouvait s'assurer que c'était bien l'endocarde qui était le siége de l'hypertrophie. Outre cet épaississement, on voyait sur la paroi postérieure de l'oreillette une ulcération de la largeur d'une petite lentille qui n'intéressait que la séreuse. Le ventricule gauche n'offrait rien autre de particulier que la saillie formée par les valvules abaissées. Les valvules de l'aorte étaient rouges, violacées, épaissies, mais cet épaississement était beaucoup moindre que celui des valvules auriculo-ventriculaires gauches.

J'ai été frappé de remarquer trois ou quatre fois, chez des malades considérablement affaiblis, le développement, dans les derniers jours qui ont précédé la mort, d'*ulcérations sur la cornée*. Dans l'un des cas, elle fut suivie d'une fistule étroite permettant la sortie de l'humeur aqueuse; dans un autre, elle s'accompagnait d'un ramollissement et d'un commencement d'opacité de la cornée. Il est curieux de rapprocher ce dernier

genre d'altération, qui n'a pas encore été décrite, que je sache, de celles déterminées chez les animaux soumis à une longue abstinence. Enfin, pour terminer tout ce qui a trait aux lésions concomitantes de la pneumonie aiguë, j'ai observé une seule fois la *suppuration de la glande parotide :* elle avait lieu chez un individu dont la maladie était arrivée au troisième degré, et qui n'a pas tardé à succomber. Une seule fois aussi j'ai noté la *suppuration des glandes sous-maxillaires* avant la terminaison fatale de la maladie.

Symptômes. Ce n'est que chez le plus petit nombre des vieillards atteints de pneumonie que les symptômes rationnels et physiques sont les mêmes que présentent les adultes ; dans l'immense majorité des cas, il est loin d'en être ainsi. En passant en revue un à un les différents symptômes qui se rencontrent dans la pneumonie de ces derniers, nous verrons en quoi ils sont modifiés par la vieillesse.

Le *frisson initial* ne s'observe guère que chez les individus qui rentrent dans la première catégorie. La *douleur de côté* se rencontre quelquefois chez les autres, mais c'est encore un phénomène assez rare. Lorsqu'elle existe, elle siége souvent à la région du sein, et d'un seul côté, même dans les cas où la pneumonie est double. D'autres fois, les malades accusent une douleur entre les deux épaules; d'autres fois, enfin, une sensation de constriction à la base du thorax. Le plus grand nombre le placent derrière le sternum. Cette douleur n'a jamais l'acuité qui caractérise la pneumonie chez l'adulte : c'est plutôt une gêne qu'exaspèrent toutefois les fortes inspirations et les quintes de toux, et qui me paraît devoir être rapportée dans beaucoup de cas à l'insuffisance de la respiration ; aussi la voit-on quelquefois survenir seulement dans les derniers temps de la vie. Un grand nombre de malades déclarent n'éprouver aucune gêne dans la respiration. Chez d'autres, la respiration est tellement accélérée, les quintes de toux tellement rapprochées, qu'il devient impossible de les compter. Leur nombre s'est élevé dans quelques cas jusqu'à quarante ; mais il faut convenir que ces faits sont exceptionnels, et le plus souvent se présentent dans les premiers temps de la maladie; le chiffre des respirations ne

s'éloigne guère du chiffre normal, qui est lui-même tellement variable chez les vieillards du même âge, que ce signe n'a aucune valeur, ou une valeur bien secondaire pour le diagnostic de la pneumonie. D'après quelques recherches sur la fréquence des respirations chez les vieillards en état de santé, et portant sur un nombre considérable de sujets, il semblerait que leur nombre va graduellement en augmentant avec l'âge. C'est ainsi qu'on a obtenu de 50 à 60 ans, une moyenne de dix-huit, de 60 à 70, vingt et demie, de 70 à 80, vingt, de 80 à 90, vingt-deux et demie.

La *toux* s'observe bien plus souvent que la dyspnée, mais la valeur en est peut-être moindre, attendu qu'elle est habituelle chez les vieillards; elle augmente pourtant un peu d'intensité et de fréquence, lorsque la pneumonie vient s'ajouter à la bronchite préexistante. Cette toux est tantôt légère et rare, tantôt très-fréquente, quinteuse, pénible pour le malade ; quelquefois sèche, d'autres fois suivie d'une expectoration assez facile. La toux diminue de fréquence et d'intensité, ainsi que l'expectoration, à mesure que la maladie marche vers une terminaison fatale et se supprime entièrement dans la période d'asphyxie. Ceci nous permet d'expliquer les faits qu'on a cités de diminution, de suppression même de la toux et de l'expectoration antérieures chez des vieillards atteints de pneumonie. Il est probable qu'on a eu affaire, dans ces cas particuliers, à quelques-uns de ces sujets qui n'arrivent à l'infirmerie que quand la lésion du poumon est déjà parvenue à la fin du deuxième ou au troisième degré. La quantité de *crachats* est toujours peu considérable, assez souvent même il y a absence complète d'expectoration. Quelle que soit, du reste, la quantité de crachats expectorés dans les premiers temps, si la maladie doit se terminer d'une manière funeste, cette quantité va progressivement en diminuant, en même temps que les crachats augmentent de viscosité ; ils s'accumulent alors dans les bronches, qu'ils finissent par obstruer. Les matières expectorées n'offrent en général rien de caractéristique ; ce n'est que chez le plus petit nombre de malades, qui forme la première catégorie, qu'on observe des crachats rouillés, et encore, dans ces cas, cette teinte rouillée ne se montre guère que sous

forme de points ou de petites plaques de la largeur d'une lentille ; chez d'autres, à la place de cette teinte rouillée on trouve des stries ou des taches sanguinolentes. Mais, dans l'immense majorité des cas, les crachats ne diffèrent en rien de ceux de la bronchite chronique simple : ainsi ils se présentent sous forme de petites plaques opaques, visqueuses, d'une coloration jaune ou verdâtre. Règle générale, on n'observe rien dans les crachats qui puisse faire reconnaître le passage de la pneumonie du 2e au 3e degré ; trois fois cependant ils offraient la coloration jus de réglisse, signalée par M. Andral. Dans un seul cas de pneumonie bien caractérisée les crachats ressemblaient exactement, pour la couleur et pour la consistance, à du jaune d'œuf ; mais j'ai observé aussi le même phénomène chez un individu non atteint de pneumonie. Dans l'un des deux cas de gangrène cités plus haut, les crachats grisâtres, ardoisés, exhalaient, ainsi que l'haleine, l'odeur caractéristique ; dans l'autre, ce signe manquait totalement. Enfin, dans les derniers jours de la maladie, j'ai vu quelquefois les crachats changer de nature et prendre la consistance de purée avec une coloration jaune ou chocolat.

Percussion. — Dans le premier degré de la pneumonie la poitrine peut conserver la sonoréité ; quand il y a matité, elle est ordinairement moins appréciable que chez l'adulte. Dans le 2e degré, si la pneumonie est lobulaire, on ne perçoit encore aucune matité, à moins que les noyaux d'hépatisation ne soient en grand nombre et serrés les uns contre les autres. Enfin, quand la pneumonie est lobaire, s'il est vrai que le plus souvent la sonoréité soit diminuée ou nulle vis-à-vis des parties hépatisées, il est positif que, dans un assez grand nombre de cas où la percussion a été pratiquée avec le plus grand soin, il a été impossible de constater aucune diminution dans la résonnance normale. C'est sans doute dans des cas de cette nature, comme nous l'avons déjà fait pressentir, que des tranches de poumon, en apparence complètement hépatisées, restent à la surface de l'eau. Ce que je viens de dire du 2e degré de la pneumonie s'applique également au 3e. La matité peut diminuer dans deux circonstances différentes : ou parce que la maladie se termine par résolu-

tion, ou parce que, passant à l'état chronique, elle revêt la forme lobulaire.

Auscultation. — Les auteurs ont indiqué certaines modifications dans l'intensité et la qualité des bruits respiratoires dans les premiers jours de l'invasion de la pneumonie. L'étude de ces modifications m'a été impossible pour deux raisons : la première, c'est que les malades sont presque toujours atteints d'une bronchite chronique dont les râles divers masquent le bruit normal de la respiration ; la seconde, parce qu'ils ne se font conduire à l'infirmerie qu'à une époque avancée de la maladie.

Râle crépitant. — Le râle crépitant des adultes, caractérisé par des bulles fines et sèches, est un phénomène qu'il est assez rare de rencontrer chez le vieillard. Le râle qu'on entend chez eux est à bulles plus grosses, humides ; c'est le râle sous-crépitant des auteurs. Mes observations sous ce rapport sont entièrement d'accord avec celles de MM. Hourmann et Dechambre.

Respiration bronchique. —L'étude de la respiration bronchique est sans contredit un des points les plus importants, mais aussi les plus difficiles de la pneumonie des vieillards. Aussi n'est-ce pas sans surprise que j'ai lu la phrase suivante dans la monographie de M. Grisolle : « La respiration bronchique ne nous présente rien de spécial à noter dans la pneumonie des vieillards. » Les points principaux de son histoire seront résumés dans les propositions suivantes : 1° Le souffle bronchique, tant à l'inspiration ou l'expiration seule qu'aux deux temps, se rencontre dans la pneumonie des vieillards au deuxième et au troisième dégré, comme chez l'adulte. 2° Ce souffle, toutefois, est loin d'avoir chez les premiers la même importance que chez les seconds ; voici pourquoi. Des vieillards qui n'ont offert pendant la vie aucun bruit de souffle présentent à l'autopsie tout un poumon hépatisé, soit au deuxième, soit au troisième dégré. Des vieillards chez lesqnels on perçoit pendant la vie un bruit de souffle, soit à l'inspiration, soit à l'expiration, soit au deux temps, n'offrent à l'autopsie aucune trace ni d'hépatisation ni d'épanchement. Enfin dans une troisième catégorie de cas où l'on avait noté un bruit de souffle aux deux temps, le poumon était sain, mais les plèvres

contenaient une quantité plus ou moins considérable de sérosité, ou de sang liquide ou coagulé. 3° Le souffle bronchique a souvent un caractère fugace, intermittent chez le vieillard. 4° Le bruit de souffle a été perçu pendant la vie; mais à l'autopsie on trouve tantôt les lésions anatomiques de la pneumonie aiguë, tantôt celles de la pneumonie chronique.

Cherchons maintenant à nous rendre compte de ces particularités. Je passe sur la première proposition, généralement admise, pour arriver à la deuxième, qui a une importance majeure. Des vieillards, ai-je dit, meurent sans avoir présenté le bruit de souffle, et l'autopsie néanmoins a révélé l'existence d'une pneumonie au deuxième ou au troisième degré. L'explication de ce phénomène n'est pas difficile, si l'on se rappelle une complication qui joue dans l'histoire de la pneumonie un rôle presque aussi important que cette pneumonie elle-même; on a déjà deviné qu'il s'agit de la bronchite chronique. En effet les bronches, chez les vieillards affectés de pneumonie, sécrètent une quantité considérable de mucus plus ou moins épais et visqueux, que précisément à cause de cette ténacité, ou en grande partie du moins, ils ne peuvent expectorer. Ce mucus s'accumule donc dans les bronches, les obstrue, et alors deux circonstances peuvent se présenter : ou bien l'obstruction est complète dans une des bronches ou dans ses divisions principales, et par suite on n'entend aucun bruit dans les parties du poumon auxquelles elles se distribuent; ou bien l'obstruction est incomplète; dans ce dernier cas, le malade, sur le point de suffoquer, fait de grands efforts d'inspiration, et l'air, pour pénétrer dans le poumon et pour en sortir, est forcé de déplacer, de traverser ces mucosités, d'où la production de râles variés, intenses, suffisants pour masquer le bruit du souffle qui peut, je dirai même qui doit exister. Ces considérations me servent encore à expliquer la cause probable de l'inconstance du bruit du souffle que j'ai indiqué dans la troisième proposition. En effet, l'intensité des râles n'est pas la même à tous les instants, ils disparaissent dans certaines inspirations pour reparaître dans les inspirations suivantes, d'où résulte ce fait pratique, savoir, qu'en auscultant à plusieurs reprises, en faisant tousser un malade qui n'offre de prime

abord que les râles de la bronchite, on réussit souvent, grâce à une auscultation longtemps prolongée, à percevoir de temps à autre un bruit de souffle pneumonique. La présence de ces râles nous rend compte aussi d'un autre fait d'observation. Tel malade chez qui, la veille, on constatait l'existence d'un bruit de souffle bien marqué aux deux temps, ne le présente plus le lendemain : à sa place, on n'entend que des rhonchus variés. Le médecin habitué à l'exploration de la poitrine du vieillard ne se laissera pas prendre à cette disparition qui, loin d'indiquer un progrès vers la santé, laisse, au contraire, le plus souvent entrevoir les approches de la mort. Dans quelques cas de pneumonie aux deuxième et troisième degrés, dans lesquels on n'a noté pendant la vie que le râle sous-crépitant, le tissu hépatisé offrait la particularité que j'ai déjà mentionnée : la surnatation. Passons à la deuxième catégorie. Le bruit de souffle existe à l'un des deux temps ou aux deux temps à la fois, et on ne trouve à l'autopsie ni hépatisation ni épanchement. Dans un certain nombre de cas, où l'on avait perçu, pendant la vie, un bruit de souffle, il a été impossible de trouver dans les lésions cadavériques l'explication du phénomène ; mais je m'empresse d'ajouter que dans ces cas le bruit de souffle n'a jamais guère existé qu'à l'inspiration, que ce bruit s'entendait également des deux côtés, et cela dans toute la hauteur, qu'il semblait se produire très superficiellement : j'ajouterai enfin que l'absence de matité au niveau des parties où il se fait entendre permettra, avec les autres signes, d'éviter le plus souvent l'erreur. Dans une deuxième série de cas peu nombreux, le poumon était farci de tubercules. Dans une troisième série une portion plus ou moins considérable de l'un des poumons ou des deux à la fois était convertie en matière noire. Enfin chez des vieillards amaigris les bruits respiratoires présentent sous les clavicules une rudesse qui les rapproche tellement du bruit de souffle, qu'on pourrait croire à une lésion du tissu pulmonaire, qui n'existe pas.

La *bronchophonie* accompagne en général le souffle bronchique; elle s'observe, comme celui-ci, chez beaucoup d'individus non pneumoniques; souvent il est impossible de la provoquer à

cause de la faiblesse du malade. Enfin un certain nombre de vieillards ont la voix tellement chevrotante, que dans les cas simples la bronchophonie prend un caractère égophonique. En terminant cette partie des symptômes, je ferai remarquer l'impossibilité où l'on est de pratiquer l'auscultation, dans les cas où le malade est affecté d'un tremblement général, et la difficulté qu'elle doit présenter souvent chez des individus affaiblis par l'âge et par la maladie, et dont l'intelligence commence à s'éteindre : *ils ne savent pas respirer.*

Symptômes généraux. — Pouls. — Dans la pneumonie de l'adulte, le pouls se fait remarquer par sa plénitude, sa dureté, sa fréquence; ce dernier caractère n'a pas la même importance chez le vieillard, pour les raisons suivantes. D'abord, tous les malades n'offrent pas l'accélération du pouls; en second lieu, beaucoup de vieillards en état de santé présentent un nombre de pulsations tellement considérable, qu'on pourrait s'en laisser imposer. Chez les vieillards en état de santé que j'ai observés pendant plusieurs jours consécutifs, j'ai trouvé jusqu'à 88, 96, 100 pulsations par minute, tandis qu'il n'y en avait que 38, 40, 45 chez d'autres, qui pourtant auraient été jugés sans fièvre, si, une pneumonie venant à se déclarer, le pouls était monté à 60 ou 70. Il résulterait d'un relevé portant sur 200 observations environ, que la moyenne des pulsations chez le vieillard est de 77 : les dernières périodes de la vieillesse ont donné, de 50 à 60 ans, une moyenne de 78 1/2; de 60 à 70 ans, 78 ; de 70 à 80 ans, 75, et de 80 à 90 ans, 75 1/2. Cette moyenne ne peut être d'une grande utilité dans son application à des cas particuliers, attendu les grandes variations qu'on trouve entre les deux extrêmes. Dans ces mêmes expériences, quatre fois seulement exceptées, le pouls était d'un régularité parfaite. Dans la pneumonie, au contraire, l'irrégularité est presque constante. J'y attache donc une importance bien plus grande qu'à la fréquence comme signe de la pneumonie. La force du pouls est aussi trop variable pour que ce signe ait une grande valeur.

État du sang. — Contrairement aux assertions de MM. Hourmann et Dechambre, je dirai que la présence de la couenne sur

le caillot du sang est la règle, son absence, l'exception. Cette absence, lorsqu'elle existe, me paraît due à l'état de prostration des malades, qui les empêche de faire les mouvements nécessaires pour activer l'issue du sang, et à la difficulté de l'opération de la saignée, plus grande chez le vieillard que chez l'adulte, à cause de la flaccidité de la peau et de la facilité avec laquelle les veines roulent sous la lancette.

Peau. — Presque toujours la chaleur augmente à la peau ; en même temps elle est sèche, plus rarement moite; il est très-rare de rencontrer chez le vieillard une véritable sueur. L'accroissement de température n'est jamais aussi marqué que chez l'adulte, il est même des cas où la peau conserve la chaleur normale. En résumé, la fièvre est caractérisée le plus souvent par l'inégalité du pouls, et l'augmentation de chaleur à la peau. Cette réaction fébrile, contrairement encore à une assertion émise par un auteur moderne, est moindre chez le vieillard que chez l'adulte. L'auteur n'aurait-il pas attribué à l'influence de la pneumonie une fréquence du pouls qui tenait à un état physiologique?

La *sécheresse de la langue*, qu'elle soit rouge et lisse, ou couverte d'enduits de couleur variable, l'état poisseux, fuligineux, voilà un ordre de symptômes dont l'importance est capitale, symptômes presque constants sur lesquels je ne manquerai pas de revenir. L'inappétence se montre le plus souvent; à celle-ci se joint une constipation opiniâtre; les vomissements et la diarrhée sont au contraire rares au début. La *céphalalgie* est un phénomène sympathique qu'on observe assez souvent à la même époque. A moins de complication, je n'ai vu survenir le *délire* ou le coma qu'aux derniers jours de la maladie, et ce n'est que chez un petit nombre de sujets. Le plus souvent les malades s'éteignent sans bruit, et dans le cas où le délire se déclare, celui-ci se borne en général à une loquacité plus ou moins grande. Les *forces* sont généralement diminuées dès le commencement, et s'anéantissent peu à peu à mesure que la maladie avance : les malades accusent de la faiblesse et de la courbature, et c'est souvent la seule cause qui les détermine à entrer à l'infirmerie. Je ne

ferai que noter en passant la teinte jaune de la face et le décubitus dorsal, qui est de beaucoup le plus fréquent.

Marche.— Après avoir ainsi fait la part de chaque symptôme en particulier, il me reste à donner un tableau général de la maladie, à en décrire la marche habituelle. Je distinguerai, comme je l'ai déjà dit, deux formes principales, l'une franche, présentant les mêmes symptômes, la même marche, les mêmes indications que chez l'adulte; l'autre beaucoup plus fréquente, adynamique, ayant une physionomie propre; c'est cette dernière que je me propose de décrire ici.

Après s'être exposé au froid, après quelque excès, ou le plus souvent sans cause connue, les malades sont pris de céphalalgie, de courbature, de faiblesse, surtout dans les membres inférieurs, de perte d'appétit, quelques-uns de vomissements, un grand nombre de constipation. Au bout d'un temps plus ou moins long, et qui varie suivant les individus, le malade ressent de la gêne, de l'embarras dans les mouvements respiratoires, bien rarement une douleur aiguë et franche dans un point du thorax; en même temps la toux se déclare, ou, si elle existait déjà, et c'est le cas ordinaire, elle augmente de fréquence et d'intensité, avec ou sans expectoration de crachats bronchiques. Le malade, couché sur le dos, a le visage jaunâtre inférieurement, plus ou moins animé aux pommettes, la langue sèche, lisse, ou couverte d'enduits; sa peau est chaude, son pouls irrégulier, quelquefois augmenté de fréquence, la respiration est plus ou moins difficile, souvent accélérée. L'auscultation fait reconnaître du râle sous-crépitant des deux côtés ou d'un seul, ordinairement à la base, en même temps que des râles variés (muqueux, sibilants, ronflants, etc.), dans une plus ou moins grande étendue de la poitrine. Ce râle sous-crépitant existe seul, ou bien il est mêlé à un bruit de souffle qu'on commence à percevoir d'abord à la fin des expirations, et qui plus tard se fait également entendre aux deux temps. En complétant l'examen par la percussion, on trouve une résonnance normale vis-à-vis des points où l'on entend le râle sous-crépitant, et il est assez fréquent, comme je l'ai dit précédemment, que cette même résonnance soit conser-

vée, du moins en partie, quand à une période plus avancée le souffle bronchique remplace le râle sous-crépitant. Si la maladie continue sa marche, les traits du visage s'altèrent, la langue devient fendillée, fuligineuse, comme dans la fièvre typhoïde des adultes, ou bien elle se couvre d'un enduit poisseux; l'expectoration devient de plus en plus difficile, ou cesse entièrement; le pouls est plus fréquent en même temps qu'il devient plus petit et plus irrégulier; la peau reste sèche, ou se recouvre d'une sueur plus ou moins visqueuse et froide; la constipation persiste ou est remplacée par la diarrhée; l'oreille ne perçoit plus dans la poitrine que des râles bruyants, qui masquent les modifications propres à la pneumonie, et ce n'est qu'exceptionnellement que l'augmentation dans l'étendue de la matité, si toutefois elle existait déjà, et du bruit de souffle, permettront de suivre le progrès de l'inflammation. C'est à cette période de la maladie qu'on note quelquefois ces crachats semblables à de la purée pour la consistance, consistance variable ainsi que la couleur. Ces phénomènes vont en s'aggravant si la mort doit être le terme de la maladie, et dans quelques cas on voit survenir des palpitations violentes, avec petitesse du pouls, et bruit de souffle au cœur, sans qu'on trouve à l'autopsie aucune lésion à laquelle on puisse rapporter ces troubles fonctionnels : ne s'expliqueraient-ils pas par la formation pendant la vie des caillots dont j'ai constaté l'existence dans les cavités du cœur? A cette époque de la maladie, il se joint quelquefois aux autres symptômes de la mort prochaine une loquacité peu bruyante, qui dure rarement plus de deux jours; le malade, couché sur le dos, reste immobile; les extrémités commencent à se refroidir, la respiration devient de plus en plus fréquente, de plus en plus embarrassée, les râles de la poitrine augmentent d'intensité et se font entendre à distance, et le malade meurt comme asphyxié par la quantité de mucus qui remplit les canaux aériens. Voilà le type général de la marche de la pneumonie chez les vieillards, mais, appliqué à des cas particuliers, il peut subir toutes les diverses modifications que j'ai signalées en parlant des symptômes isolément. Les exceptions seront donc nombreuses, et dans quelques cas, la marche de la maladie est tellement insidieuse, qu'elle semble s'éloigner entiè-

rement de celle que je viens de décrire. Les malades viennent à l'infirmerie, ne se plaignant que d'un surcroît de faiblesse avec ou sans perte d'appétit; ils n'ont point de fièvre, la percussion n'indique point de matité, l'oreille ne reconnaît que les signes d'une bronchite, et le malade meurt sans avoir présenté d'autres symptômes que l'irrégularité du pouls, et surtout cet état de la langue, sur lequel je n'insiste tant que parce qu'il ne manque, on pourrait presque dire jamais. A l'autopsie, on voit souvent que cette pneumonie, qui ne s'était trahie pendant la vie par aucun symptôme, a envahi tout un poumon et est même arrivée à la période d'hépatisation grise.

Durée.—La pneumonie des vieillards parcourt-elle ses périodes avec plus de rapidité que chez l'adulte, comme on l'a avancé ? On pourrait peut-être trouver une preuve du contraire dans le plus grand nombre de pneumonies chroniques qu'on rencontre à cet âge. Chez deux malades, dont j'ai vu débuter la pneumonie, j'ai pu suivre toutes les phases de son développement : chez l'un elle a duré 104 jours, 115 chez l'autre. On voit des vieillards mourir avec une hépatisation grise du poumon, le lendemain, quelquefois le jour même de leur entrée à l'infirmerie; dans ces cas et dans d'autres analogues, si ces individus étaient arrivés quelques jours plus tôt, on aurait pu attribuer à la rapidité de la marche de la pneumonie des lésions qui remontaient à une époque bien antérieure. Dans le plus grand nombre des cas où la marche de la maladie semblait avoir à été très-rapide, on a pu se convaincre par l'autopsie que la mort était survenue si brusquement, bien moins à cause de l'étendue et de la marche de la pneumonie, que par suite de l'accumulation quelquefois enorme dans les bronches des mucosités que l'état de prostration des malades ne leur avait pas permis d'expectorer. D'après ce que je viens de dire, on comprend facilement que la durée de la pneumonie est trop variable pour qu'il soit utile de donner aucun chiffre à cet égard.

Terminaisons.—On admet que la pneumonie peut se terminer de plusieurs manières : par résolution, par suppuration avec ou sans abcès, par gangrène, par la mort, par le passage à l'état

chronique. Ce n'est pas sans restrictions que j'adopte cette dénomination commune de *terminaison*, appliquée à des phénomènes si différents, mais je me conforme à l'usage reçu pour plus de facilité dans leur étude.

1° *Résolution.* Il serait tout-à-fait inutile de décrire jour par jour les phénomènes qui s'observent pendant le travail de résolution. Je veux seulement insister sur un point pratique, aussi important que fréquent chez le vieillard : c'est la lenteur avec laquelle disparaissent les bruits qui caractérisent la première période de la maladie, et qui reparaissent à son déclin. C'est au point que grand nombre de malades quittent l'infirmerie, remplissant bien toutes leurs fonctions, ayant bon appetit, respirant bien, conservant pourtant encore dans leur poitrine, et cela quelquefois dans une étendue assez considérable, du râle sous-crépitant qu'on pourrait prendre et traiter pour un état récent, si le malade se présentait pour la première fois avec une légère indisposition, étrangère, du reste, aux organes respiratoires. Dans ces cas difficiles, l'état de la langue aide singulièrement au diagnostic. Après un temps plus ou moins long, et sans médication aucune, ce râle finit par disparaître, et il ne reste plus que la bronchite antécédente, qui persiste indéfiniment. 2° *Suppuration.* En thèse générale, il est impossible de savoir si la maladie est encore au deuxième degré, ou si elle a passé au troisième. Il est très-rare, comme je l'ai dit déjà, de trouver dans les crachats aucun indice de ce passage, et, quant aux phénomènes de collapsus, de suppression de l'expectoration, etc., ils se rencontrent aussi souvent quand la pneumonie est encore au deuxième, que quand elle est arrivée au troisième degré. Il est également très-difficile de reconnaître la formation d'abcès ; ce n'est que quand ils ont une certaine étendue et qu'ils communiquent largement avec les tuyaux bronchiques à l'aide des signes qui caractérisent les excavations pulmonaires. 3° *Gangrène.* Dans les cas de gangrène que j'ai cités plus haut, une fois seulement les crachats ont présenté pendant la vie l'odeur et la teinte caractéristiques : les autres cas n'ont été reconnus qu'à l'autopsie. 4° *Mort.* Elle est très-fréquente et peut survenir à toutes les périodes. Ce qui est très-remarquable dans la pneumonie des vieillards, c'est la mort subite ;

sans être commune, elle est beaucoup moins rare que chez l'adulte. On a vu des vieillards se croyant à peine malades monter seuls à l'infirmerie, et mourir en se déshabillant, ou immédiatement après s'être mis au lit. Dans les trois cas que j'ai observés, j'ai trouvé une hépatisation grise d'une portion assez considérable des deux poumons. Chez le seul de ces malades que j'aie eu le temps d'examiner, il y avait absence de matité ; et à l'autopsie, les tranches du tissu hépatisé ont nagé à la surface de l'eau. MM. Hourmann et Dechambre aussi ont cité des cas de cette terminaison de la pneumonie par mort subite. 5° *Passage à l'état chronique* (voir *Symptômes de la pneumonie chronique*).

Diagnostic. — Avant d'aborder le diagnostic différentiel de la pneumonie dans la vieillesse, je passerai rapidement en revue certaines causes d'erreur propres à cet âge.

Matière noire pulmonaire. — Chez un assez grand nombre de vieillards, les fosses sus-épineuses, plus rarement une seule, donnent un son mat à la percussion, et un bruit de souffle avec retentissement de la voix, qui reconnaissent pour cause la transformation plus ou moins complète du sommet des poumons en matière noire. — *Fausses membranes pleurales.* — L'épaississement plus ou moins considérable, quelquefois énorme des plèvres, qu'on rencontre chez des vieillards qui ont été, à une époque plus ou moins reculée, atteints de pleurésie, la transformation cartilagineuse, l'ossification de ces mêmes plèvres donnent encore lieu à une matité qu'on pourrait souvent attribuer à une affection du poumon lui-même, d'autant mieux que ces altérations sont souvent circonscrites et affectent des formes plus ou moins irrégulières. Notons de suite que c'est presque toujours à la base du thorax et en arrière qu'on les observe, ainsi qu'à la partie inférieure de l'aisselle. *Déformations de la colonne vertébrale.* — Chez les vieillards rachitiques, la colonne vertébrale subit des déformations diverses que ne fait pas toujours reconnaître l'examen extérieur du thorax. C'est dans des cas de ce genre, qu'après avoir observé pendant la vie une matité absolue avec bruit de souffle dans tout un côté de la poitrine, on n'a trouvé à l'autopsie qu'un poumon sain comprimé par la colonne vertébrale contour-

née sur elle-même, et remplissant le côté correspondant de la poitrine. —*Déformations de la poitrine.* —Nombre de fois on rencontre chez les vieillards ces déformations de la poitrine déjà signalées par MM. Hourmann et Dechambre, chez les vieilles femmes de la Salpétrière. Ces déformations consistent généralement en un aplatissement latéral des côtes, borné presque toujours à un seul côté, d'où résulte une saillie plus ou moins considérable des extrémités de ces os, saillie que je n'ai jamais observée qu'en arrière. D'autres déformations se voient encore, celles consécutives à d'anciennes pleurésies, dont l'existence a été constatée à l'autopsie. Dans ces dernières, un côté de la poitrine tout entier est rétréci, ou bien, si les dépressions sont partielles, elles ne sont pas accompagnées d'une saillie postérieure proportionnelle au rétrécissement; de plus, on perçoit presque toujours à leur niveau une matité absolue, due à l'épaississement quelquefois considérable des plèvres; enfin, les commémoratifs du malade achèvent de mettre sur la voie et ne permettent pas de confondre cet état du thorax avec celui dont il a été question plus haut. On rencontre aussi chez les vieillards des déformations consécutives à l'emphysème pulmonaire, mais dans ces cas, la poitrine présente une voussure au lieu d'un aplatissement; d'ailleurs la sonoréité augmentée du thorax en ce point différencie entièrement ces cas des précédents. A part ces déformations physiologiques et pathologiques, je n'en ai point observé d'autres, excepté toutefois quelques-unes dépendant de causes étrangères; je n'en ai jamais vu qui fussent la suite de la pneumonie.

Parmi les maladies qui ont plus ou moins de ressemblance symptomatique avec la pneumonie aiguë, les unes ne peuvent être confondues qu'avec la pneumonie au premier degré: ce sont les congestions pulmonaires non inflammatoires, les tubercules crus, les diverses variétés de bronchite, les autres ne le seront qu'avec la pneumonie aiguë au deuxième et troisième degrés : ce sont la pleurésie aiguë, les épanchements de sang et les lésions chroniques de la plèvre, enfin et derechef la bronchite.

Diagnostic différentiel de la pneumonie au premier degré.

— *Congestion pulmonaire simple.* — Il est très-difficile de distinguer chez le vieillard une congestion pulmonaire simple, active ou passive, d'une congestion inflammatoire. En effet, dans l'une comme dans l'autre il existe du râle sous-crépitant, de la toux, de la dyspnée, de la chaleur à la peau, souvent de l'irrégularité dans le pouls ; aussi n'est-ce que d'après la marche de la maladie qu'on peut parvenir à les bien différencier. Je ne vois guère que la sécheresse de la langue et l'apparition dans quelques points des bruits qui caractérisent la pneumonie au deuxième degré, qui puissent faire décider entre une pneumonie commençante et une congestion simple. Ajoutons toutefois que, dans celle-ci, les points où l'on perçoit le râle sous-crépitant varient du jour au lendemain, quelquefois d'une heure à l'autre ; que la dyspnée a aussi paru plus considérable ; de plus, que, si cette congestion est active, l'individu présente des signes de pléthore. Ajoutons enfin que les accidents, graves en apparence de la congestion, suffocation, râles dans une grande étendue, etc., disparaissent dans un temps très-court, sous l'influence d'un traitement convenable, tandis que dans la pneumonie on ne voit jamais disparaître aussi brusquement les symptômes initiaux de la maladie.

Bronchite. — On ne confondra guère la pneumonie au premier degré avec la bronchite simple, n'affectant que les gros tuyaux, qui, du reste, complique presque toujours la pneumonie des vieillards, et se reconnaît à l'existence de râles et de rhonchus variés. Il n'en est pas de même de la bronchite capillaire, puisque celle-ci se caractérise par du râle sous-crépitant, le seul qu'on perçoive, généralement parlant, dans la pneumonie des vieillards au premier degré. Mais dans la bronchite capillaire, outre que ce râle s'entend, on peut dire toujours, des deux côtés de la poitrine, aussi bien en avant qu'en arrière, il s'accompagne d'une dyspnée considérable et d'une toux fréquente, douloureuse, revenant par quintes rapprochées, suivies le plus souvent d'une expectoration facile, abondante ; la langue conserve son humidité, et le plus souvent aussi sa teinte rosée ; de plus, tandis que dans les pneumonies graves on voit les malades cou-

chés sur le dos, immobiles dans leur lit, on voit au contraire chez ceux affectés de bronchite capillaire l'anxiété et la suffocation telles, qu'ils sont obligés de se tenir continuellement dans la station assise. Cette anxiété profonde, jointe aux quintes de toux et à l'humidité de la langue, a plus d'une fois permis, sans avoir percuté ni ausculté le malade, de diagnostiquer une bronchite capillaire dont l'existence a été vérifiée à l'autopsie : car, pour le dire en passant, c'est une des plus graves affections qui puissent frapper le vieillard.

Tubercules crus. — A l'état cru et disséminé, les tubercules peuvent faire croire à l'existence d'une pneumonie au premier degré. Je citerai comme preuve le fait d'un vieillard qui présentait dans toute la hauteur du côté droit du thorax, aussi bien en avant qu'en arrière, du râle sous-crépitant, sans craquements, sans matité. A l'autopsie on a trouvé des tubercules sous la forme indiquée, et à l'entour le tissu pulmonaire à peine congestionné. Ce râle sous-crépitant, la dyspnée, la prostration du malade, la fréquence et l'irrégularité du pouls dans les derniers temps qu'il fut soumis à l'observation, n'avaient pas laissé de doute sur l'existence d'une pneumonie. Mais les faits de cette nature sont tellement exceptionnels dans la vieillesse, qu'il est permis de ne pas en tenir compte, lorsqu'on pose son diagnostic.

Diagnostic différentiel de la pneumonie au deuxième degré. — Maladies de la plèvre. — Je n'ai observé que fort peu de cas de pleurésie aiguë simple. La douleur de côté, la matité absolue à la base de la poitrine du côté affecté, l'absence à ce niveau d'expansion vésiculaire, un bruit de souffle profond dans les mêmes parties, le déplacement du liquide suivant la position du sujet, ont permis de reconnaître la maladie aussi facilement que chez un sujet adulte. Chez l'un des malades, j'ai pu constater l'exactitude de l'observation faite par M. Damoiseau, que dans la pleurésie la matité commence d'abord et finit en dernier lieu à la région latérale de la poitrine, de telle sorte qu'à une période de la maladie, la ligne qui indique les limites de la matité dessine une courbe dont le sommet est dans l'aisselle. Dans tous les autres cas de pleurésie que j'ai observés, les lésions étaient chroniques et accompagnaient assez souvent des

noyaux de pneumonie également chronique. Il y avait rarement de l'épanchement, la plèvre avait en général subi les différentes transformations dont j'ai parlé. On comprend dans ces cas de pleurésie sans épanchement toutes les difficultés du diagnostic. La matité existe en effet comme dans la pneumonie, l'égophonie ne s'entend plus, il n'y a pas de changement dans l'étendue de la matité suivant la position du malade; toutefois une matité absolue (rare, comme il a été dit, dans la pneumonie), coïncidant plutôt avec l'absence d'expansion vésiculaire qu'avec du souffle, sans mouvement fébrile, permet ordinairement de ne pas confondre avec une pneunomie aiguë ces lésions chroniques de la plèvre que je viens de signaler, surtout si du côté où s'observent ces signes, on trouve aussi une dépression plus ou moins marquée des parois thoraciques. Il est une autre variété de pleurésie chronique, caractérisée par une quantité variable de liquide, limité de toutes parts par des adhérences. Dans ce cas, en un point circonscrit du thorax, on perçoit une matité absolue, souvent avec égophonie, sans bruit d'expansion, sans fièvre. Ajoutons enfin, que dans tous ces cas de pleurésie chronique les commémoratifs joints à l'état normal de la langue permettent le plus souvent d'éviter l'erreur. Il est un autre genre de lésion sur laquelle j'ai appelé l'attention, je veux parler de ces accumulations de sang dans les plèvres, épanchements diffus ou circonscrits par des adhérences. Jusqu'à présent on n'a reconnu qu'à l'autopsie cette lésion remarquable qu'il ne me semble pas possible de distinguer, sur le vivant, d'une pleurésie chronique. Il va sans dire qu'en faisant le diagnostic différentiel de la pneumonie aiguë avec la pleurésie chronique, je n'ai en vue que les cas où un malade atteint de cette dernière affection se présente avec un état fébrile qui ne reconnaît pas pour cause une affection aiguë du poumon, que les symptômes observés du côté du thorax tendraient précisément à faire admettre.

Bronchite. — Il semble difficile au premier abord de confondre une pneumonie au deuxième degré avec une bronchite chronique. Cette erreur, impossible, il est vrai, chez l'adulte, est tellement fréquente, quelquefois même tellement inévitable chez le vieillard, que je ne saurais trop longtemps insister sur ce

point. La bronchite, on l'a vu, complique presque toujours la pneumonie; cette pneumonie, je l'ai dit aussi, peut exister au deuxième et au troisième degré, sans que la percussion indique de matité au niveau des parties hépatisées : un bruit de souffle bien caractérisé peut donc seul alors faire reconnaître la pneumonie. Mais, dans bon nombre de cas, l'étendue et l'intensité des râles ne permettent point de l'entendre. Les signes de la bronchite apparaissent seuls, et c'est encore à l'état de la langue qu'il faut s'adresser pour distinguer ces pneumonies latentes compliquées de bronchite, d'une bronchite chronique simple. Dans les premières, en effet, la langue revêt les caractères que j'ai indiqués, tandis que, dans la bronchite simple, elle reste à l'état normal. Il se présente pourtant des cas de bronchite générale intense fébrile où la langue se sèche et se recouvre d'enduits variés; dans ces cas, il faut bien le reconnaître, un diagnostic certain devient impossible.

On l'a vu, le bruit de souffle, la bronchophonie, la matité sont souvent des symptômes infidèles, puisque ces signes peuvent se rencontrer chez des vieillards dont les poumons ne sont nullement enflammés. L'égophonie d'ailleurs remplace dans certains cas la bronchophonie, sans qu'il existe d'épanchement dans les plèvres. Les râles de la bronchite, au contraire, sont constants; ils en imposeront toujours à celui qui auscultera des vieillards pour la première fois. Que de fois n'a-t-on pas, chez des vieillards qui présentaient d'un côté des râles muqueux sibilants, etc., sans autre bruit, et, de l'autre, du souffle à l'expiration ou aux deux temps, que de fois n'a-t-on pas diagnostiqué une bronchite du côté des râles, une pneumonie du côté du souffle, lorsque l'autopsie est venue montrer celle-ci existant du même côté que la bronchite? Je ne puis trop insister sur ce fait que, si des râles bronchites existent d'un seul côté de la poitrine, si ces râles s'accompagnent des symptômes généraux que j'ai décrits, il est plus que probable qu'ils cachent derrière eux une pneumonie. L'absence, ou même la diminution, la faiblesse du bruit respiratoire, sont encore souvent les seuls symptômes physiques d'une pneumonie arrivée au deuxième degré. Que de fois encore, percevant moins bien qu'à l'état physiologique le bruit re-

spiratoire d'un des poumons, et un bruit de souffle très-fort dans l'autre, j'ai cru à l'existence d'une pneumonie là où j'entendais le souffle, et l'autopsie est encore venue démontrer le contraire? Mais, dans ces cas, le diagnostic précis est chose purement scientifique ; le plus important, en effet, ce n'est pas de savoir si la pneumonie est à droite ou à gauche, mais bien si la pneumonie existe ou si elle n'existe pas. D'une part, la difficulté extrême dans certains cas de l'appréciation des signes de la pneumonie chez le vieillard, d'autre part, l'absence fréquente chez lui des symptômes qui caractérisent habituellement d'autres maladies, donnent quelquefois lieu à des erreurs tout-à-fait impossibles chez l'adulte. Ainsi, un vieillard arrive avec de la fièvre, avec ou sans vomissements, avec de la diarrhée ou de la constipation ; la langue est sèche, le malade éprouve de la dyspnée, il tousse, la prostration est extrême, aucune douleur dans le ventre, qui ne présente d'ailleurs ni tuméfaction ni fluctuation ; on trouve dans la poitrine les râles de la bronchite, et sous ces râles on soupçonne une pneumonie latente ; le malade meurt, et l'autopsie fait reconnaître une péritonite générale chronique. En dernière analyse, l'examen du vieillard, pour conduire à un bon diagnostic, doit être complet, même dans les cas où il existe des lésions apparentes, qui suffisent à elles seules pour expliquer les symptômes généraux. Je me rappelle le cas d'un vieillard qui vint à l'infirmerie avec un rhumatisme articulaire aigu ; les douleurs qu'il éprouvait ne permettaient pas l'auscultation ; à la mort, on trouva un poumon presque tout entier hépatisé au deuxième et au troisième degré. Bien plus, l'auscultation devrait encore être pratiquée avec soin, quand même toutes les fonctions sembleraient à l'état physiologique. Un vieillard ne se plaindrait-il que de faiblesse, que de courbature, conservant du reste son appétit, ayant bon visage, on devrait explorer la poitrine. Qu'on se rappelle ces cas de mort subite causée par une pneumonie au deuxième et au troisième degré, où la mort est venue frapper des vieillards au milieu de leur repas ou au moment où ils se mettaient au lit.

Étiologie. — L'invasion de la pneumonie étant rarement brusque chez le vieillard, donnant rarement lieu à ces signes patents

qui l'annoncent chez l'adulte, venant s'enter le plus souvent sur une bronchite existant déjà depuis longtemps, on comprend toute la difficulté qu'il doit y avoir à établir une corrélation de cause à effet entre les nombreux modificateurs de l'économie générale et le développement presque insensible de la phlegmasie d'un organe. Il faut tenir compte aussi des malades qu'on interroge, des hommes arrivés à un âge où l'intelligence commence à faiblir, souvent à s'éteindre, qui vous donnent un jour des renseignements qu'ils contredisent le lendemain, qui ne voient souvent dans vos questions qu'une curiosité inutile pour vous, fatigante pour eux. On voit de quelle obscurité est entouré tout ce qui regarde l'étiologie de cette maladie chez le vieillard ; il devient donc évident qu'on ne peut s'occuper des causes déterminantes que dans un petit nombre de cas ; que toute l'étiologie consiste dans une application aussi approximative que possible des causes qui paraissent agir comme prédisposant à la maladie.

Causes prédisposantes. — Il convient de signaler en première ligne la bronchite, dont les vieillards sont généralement affectés. Cette complication est tellement fréquente, que c'est chose assez rare que de voir une pneumonie qui n'en soit pas accompagnée. Les signes prédominants sont toujours ceux de la bronchite, et, comme la coïncidence fréquente de la pleurésie avec la pneumonie chez l'adulte a porté plusieurs auteurs à considérer celle-ci comme inséparable de la première, et à donner à cette affection le nom de *pleuro-pneumonie*, de même on serait plus encore dans le vrai, si l'on affirmait que la pneumonie n'existe jamais ou presque jamais seule chez le vieillard ; que, bien que celle-ci soit en elle-même une lésion très-grave, elle est tellement modifiée dans ses symptômes, sa gravité est tellement augmentée par la bronchite qui l'accompagne, qu'on devrait tenir compte de celle-ci dans la dénomination de la maladie : la pneumonie des vieillards est une *broncho-pneumonie*. Le seul point difficile, et je ne vois pas qu'il soit possible de le résoudre, c'est celui de déterminer si la pneumonie qui se développe n'est que l'extension de cette bronchite antécédente, ou si la bronchite n'agit que comme cause prédisposante débilitante, amenant un état de la constitution tel, qu'à la moindre

cause déterminante une pneumonie se déclare. — En second lieu, je noterai la présence dans le poumon des noyaux de pneumonie chronique, qui y entretiennent toujours un certain degré d'irritation. C'est aussi l'opinion de MM. Hourmann et Dechambre, qui placent entre les limites des causes prédisposantes et occasionelles « ces noyaux d'engorgement dont l'histoire appartient à la pneumonie chronique, terminaisons incomplètes et fréquentes de pneumonies antérieures, et qui fixent autant de points d'irritation persistante daus la pneumonie. » (*Archives*, sept. 1836, p. 29.) Une des causes qui, suivant M. Piorry, aurait le plus d'influence sur le développement de la pneumonie, serait le décubitus prolongé. J'ai pu me convaincre, par l'examen d'un nombre considérable de vieillards qui gardent continuellement le lit pour des maladies tout-à-fait étrangères aux organes respiratoires, ce dont je me suis assuré par l'auscultation et la percussion pratiquées avec soin, que les poumons se trouvaient absolument dans les mêmes conditions que chez ceux qui se tiennent habituellement debout. La pneumonie, il est vrai, se déclare quelquefois et hâte la terminaison d'une maladie qui a déjà fortement débilité l'économie ; mais ce sont des cas rares ; d'ailleurs la moindre cause occasionelle suffirait, dans ces circonstances, pour déterminer la complication du côté des poumons. MM. H. et D., qui admettent cette influence du décubitus prolongé, s'empressent aussi d'ajouter qu'elle « n'a, en général, d'activité bien manifeste qu'autant que les autres causes déterminantes que nous avons mentionnées concourent avec elles. » (*Loc. cit.*, p. 33.)

Causes déterminantes. — Ce n'est que dans un fort petit nombre de cas qu'on peut arriver, par l'interrogation des malades, à la connaissance de la cause déterminante de la pneumonie. Or, dans ces cas peu nombreux, les vieillards ont le plus souvent attribué leur maladie à l'influence du froid, ou bien ils en ont fait remonter le début à quelque excès de boissons alcoholiques ; quelques-uns en accusent la disparition d'ulcères chroniques, ou de quelque flux habituel, soit naturel, soit artificiel. L'insalubrité des salles, surtout pendant la nuit, les courants qu'on est forcé d'y entretenir pendant le jour pour chasser l'air

vicié, courants qui viennent frapper les vieillards couchés sur leurs lits, qui se trouvent souvent immédiatement sous les fenêtres ouvertes, l'humidité du linge et d'autres circonstances analogues, ne sont certainement pas sans influence sur le développement de la maladie.

Pronostic. Envisagée d'une manière générale, la pneumonie est toujours d'une certaine gravité, même chez l'adulte : mais, lorsqu'on songe aux complications fâcheuses et fréquentes qu'elle offre dans la vieillesse, à la faiblesse inhérente à cet âge, à l'impossibilité où souvent on se trouve d'employer une médication énergique, on comprendra facilement combien cette gravité doit augmenter chez le vieillard. Cette extrême gravité pourtant du pronostic ne s'applique pas indistinctement à toutes les formes que revêt la pneumonie. En effet, dans la forme franchement inflammatoire, semblable en tout à celle de l'adulte, la maladie cède le plus souvent à un traitement antiphlogistique. Dans la forme adynamique, qui est de beaucoup la plus grave, il y a encore des distinctions à établir. Tantôt l'étendue et le degré de la pneumonie suffisent amplement pour déterminer la mort ; tantôt, au contraire, la pneumonie, considérée isolément, n'inspirerait pas de grandes craintes au médecin, sans cette fâcheuse complication dont il a été si souvent question, de la bronchite chronique, qui hâte toujours le terme fatal. On le voit donc, c'est surtout la complication de la bronchite qui rend le pronostic infiniment plus grave chez le vieillard que chez l'adulte. L'expérience clinique, du reste, le démontre tous les jours : ainsi l'on voit des pneumonies qui ne se terminent pas par résolution, se prolonger pendant un temps quelquefois fort long, si le malade expectorait pendant sa maladie ; la mort, au contraire, par asphyxie est presque certaine, si les mucosités s'accumulent dans les bronches. Si la bronchite est capillaire, le cas est presque désespéré ; à peine ai-je vu guérir un ou deux vieillards atteints de cette funeste complication, quel qu'ait été le traitement employé. Une autre cause qui augmente la gravité du pronostic, c'est l'existence des noyaux de pneumonie chronique antérieure, sur laquelle vient souvent s'enter une inflammation aiguë. Enfin, suivant M. Prus, il faut regarder l'emphysème concomitant

comme un élément qui joue un grand rôle dans la pneumonie du vieillard, et qui en hâte, dans beaucoup de cas, la terminaison funeste. D'après ce qui précède, il suit que le médecin devra tenir grand compte de l'expectoration dans le pronostic qu'il est appelé à porter dans un cas de pneumonie. Je ne reviendrai pas sur la nature des crachats, l'état de la langue, la diarrhée et les autres symptômes que j'ai déjà signalés, comme ayant plus ou moins de gravité et annonçant une mort prochaine. La mortalité dans la pneumonie du vieillard est vraiment énorme : les trois quarts de ceux qui en sont atteints y succombent.

Traitement. Les indications du traitement dans la forme franchement inflammatoire de la pneumonie du vieillard se tirent des mêmes sources que chez l'adulte. On les puise dans la force du sujet, l'étendue et le degré de l'inflammation, l'intensité de la fièvre et l'état des premières voies. Les indications sont nettes au commencement de la maladie ; il faut avoir recours aux moyens propres à déprimer directement ou indirectement les forces du sujet, à restreindre dans de justes limites la réaction fébrile. Le traitement doit avoir pour base un usage éclairé des antiphlogistiques, en tête desquels il faut placer la saignée, qu'on ne doit pas craindre de répéter plusieurs jours de suite, et même deux fois par jour, dans les cas où persistent la dureté et la fréquence du pouls. J'ai vu, dans des cas de cette nature, les émissions sanguines répétées jusqu'à cinq et six fois dans les premiers jours de la pneumonie, amener rapidement la résolution de la phlegmasie, sans l'emploi d'aucun autre moyen ; et cela à l'âge de 60 et 70 ans. Concurremment avec les émissions sanguines générales, on peut employer les émissions sanguines locales, auxquelles on pourrait même se borner quand la pneumonie est de peu d'étendue : ces dernières surtout ont l'avantage de diminuer la douleur de côté lorsqu'elle existe. La complication de la bronchite indique aussi l'usage des moyens propres à produire l'évacuation des mucosités qui remplissent les tuyaux aériens : les vomitifs administrés dès le principe ont souvent un heureux effet sur la marche de la maladie ; dans tous les cas, ils rendent la respiration plus facile, moins pénible pour le malade. Le tartre stibié à la dose de 30 ou 40 centigrammes peut donc avantageusement remplacer la saignée, s'il est

encore indiqué de déprimer les forces du malade, et qu'on craigne de pousser trop loin les émissions sanguines. Mais on doit borner son administration à ces cas seulement : dans les autres, ce médicament m'a paru avoir un effet par trop débilitant, et produire une dépression des forces telle que le malade ne peut jamais se relever. Dans ces derniers cas, on devra donner la préférence à l'ipécacuanha, dont l'action est moins énergique, ou bien au kermès, à l'oxyde blanc d'antimoine, et aux autres expectorants, dont on continuera l'usage pendant toute la durée de la maladie. Dans les cas si fréquents de constipation, il convient d'administrer les purgatifs, qu'on est forcé quelquefois de choisir dans la classe des drastiques, à cause de l'inertie du canal intestinal à cet âge. Chez le vieillard, on peut avoir recours de bonne heure aux épispastiques, et on insistera longuement sur leur usage, afin de hâter, s'il est possible, la résolution de la maladie toujours si lente à cet âge. Il va sans dire qu'on doit être sobre dans l'emploi des narcotiques : il ne faudra rien moins qu'une agitation excessive, pour qu'on se croie autorisé à les administrer.

Quant à l'autre forme de la pneumonie aiguë, les indications ne sont plus les mêmes. Le traitement antiphlogistique pur ne peut être ici mis en pratique, à peine ose-t-on faire une application de sangsues ou de ventouses scarifiées. L'état de prostration est souvent tellement grand, l'inflammation du poumon tellement étendue, qu'on ne peut s'empêcher de croire que toute médication serait inutile. Dans ces cas, il convient le plus souvent de débuter par les vomitifs, pour la raison déjà indiquée ; en même temps on aura recours à une médication révulsive énergique ; on ne doit pas craindre de recouvrir le côté malade d'un large vésicatoire, et cela dès le début : on comprend facilement qu'il n'excite pas la fièvre, lorsqu'on réfléchit que la pneumonie elle-même ne suffit pas ou suffit à peine pour l'allumer. A titre également de révulsifs, autant que d'évacuants, on administrera les purgatifs par la bouche. Mais l'indication principale est celle fournie par l'état général du malade : il faut chercher à relever ses forces, qui vont progressivement en s'anéantissant jusqu'à la mort, qui ne se fait pas longtemps attendre. Il est vrai que chez l'adulte on doit toujours chercher avec soin à distinguer la *dépression* de cet autre état analogue connu sous le nom d'*oppres-*

sion des forces. Certes, une médication stimulante aurait, dans ces derniers cas, de graves inconvénients, tandis qu'au contraire un traitement antiphlogistique permettrait au pouls de se développer, et au système général de réagir contre l'inflammation qui l'opprime. Mais chez le vieillard, ce cas doit être excessivement rare : chez lui, c'est son état de faiblesse habituelle qui empêche le développement de cette réaction sans laquelle aucune pneumonie ne se termine. C'est donc à une médication stimulante diffusible et même tonique dans certaines circonstances, propre à relever les forces du malade, dirigée contre le défaut de réaction du système général, qu'on devra souvent s'adresser dans la pneumonie du vieillard.

PNEUMONIE CHRONIQUE.

Qu'entend-on par pneumonie chronique ? — 1° Les auteurs s'accordent à regarder comme telle une pneumonie dont la résolution ne s'est pas opérée au trente-cinquième jour, quoique les symptômes généraux soient tombés ; telle est en particulier la manière de voir de M. Raymond, dont le professeur Chomel regarde la thèse « comme la monographie la plus exacte sur cette forme de phlegmasie pulmonaire (*Dict. de médecine*, t. XXV, p. 223). Et, quand la mort arrive après ce terme, tous rapportent à la pneumonie chronique les lésions variées qu'on trouve dans les poumons, à moins qu'elles ne soient placées déjà dans les cadres nosologiques. Il suivrait de là que la pneumonie chronique ne serait pas constituée par des lésions toujours identiques, comme l'est la pneumonie aiguë. Il est facile de s'en assurer en comparant celles qui ont été rencontrées à la suite de pneumonie aiguë prolongée par Laënnec, M. Fauvel, etc., et qui ont été rapportées à la pneumonie chronique. 2° On admet aussi que la pneumonie peut être chronique dès le début ; ici il n'y a plus ce terme arbitraire de trente-cinq jours pour se guider; y a-t-il une série de symptômes qui soit pathognomonique ? Non. On est donc forcé, dans ce second cas, de même que dans le premier, lorsque la durée n'est pas connue, de se fonder sur l'état anatomique pour établir le caractère de la maladie. Il fallait donc une délimitation anatomique aussi nette pour la pneumonie chronique que pour la pneumonie aiguë : c'est ce qu'on cherche en

vain dans les auteurs. Il en est résulté de singulières dissidences sur l'appréciation des lésions qu'on trouve dans le poumon, quand même on a pu étudier les symptômes pendant la vie. Ainsi, par exemple, le cas que Bayle regarde, et par les symptômes et par la lésion, comme appartenant à la pneumonie chronique, n'est au même titre, pour M. Grisolle, qu'un engouement passif, tant il est vrai que les symptômes sont insuffisants, quelle qu'ait été leur durée ou leur nature, et que la seule base admissible est la détermination nette et franche de la lésion anatomique.

Que doit-on entendre par pneumonie chronique? Puisque c'est une inflammation chronique du parenchyme pulmonaire, on doit retrouver dans la définition le caractère essentiel de la pneumonie, la tendance à la suppuration. En quoi diffère-t-elle donc de la pneumonie aiguë? Simplement en ce qu'elle parcourt ses périodes avec plus de lenteur. Les lésions consécutives à une pneumonie aiguë n'appartiennent pas *nécessairement* à la pneumonie chronique, pas plus que les plaques qu'on rencontre à la suite d'inflammation dans le péricarde et dans les plèvres ne constituent une péricardite ou une pleurésie chronique : il n'y a là que des suites, des résultats d'inflammation. Il se peut qu'une inflammation aiguë passe réellement à l'état chronique, mais pour cela il faut que la tendance à la suppuration persiste. J'ai donc cherché à suivre la succession des phénomènes jusqu'à la suppuration, et j'ai trouvé parmi les lésions qui ont été rapportées à la pneumonie chronique une série qui me paraît seule devoir la constituer. Mais une fois que cette marche a été constatée, une fois que ce travail a été bien étudié, on pourra dès lors rapporter par analogie à l'inflammation chronique toutes les lésions dont on a suivi pas à pas l'évolution, bien qu'elles ne soient pas assez avancées isolément pour qu'on puisse autrement se prononcer sur leur nature. Quant à la carnification, l'engouement chronique, l'induration noire et autres lésions que quelques auteurs ont considérées comme appartenant à la pneumonie chronique, elles ne sont que de simples effets de la pneumonie ou lui sont entièrement étrangères. Me proposant ici de traiter de la pneumonie chronique simple, indépendante de toute lésion préexistante, je ne m'occuperai pas des altérations variées qu'on

observe dans les poumons tuberculeux. Envisagée ainsi, dans son état simple, la pneumonie chronique s'est présentée à mon observation sous quatre formes différentes qui me semblent correspondre à autant de degrés ou de périodes de la maladie.

Anatomie pathologique. — De la première période, ou celle d'induration rouge, et de la deuxième, ou celle d'induration grise. — Je réunis dans une même description les deux premiers degrés, dans lesquels les tissus chroniquement enflammés ne diffèrent que par leur coloration. Dans ces deux périodes, le parenchyme pulmonaire se montre sous forme de noyaux, dont le volume varie depuis celui de la tête d'une épingle jusqu'à celui d'un œuf. Les premiers rentrent dans la catégorie des pneumonies vésiculaires indiquées par M. Andral, les autres appartiennent évidemment à la pneumonie lobulaire. Ces noyaux sont opaques, denses, durs au toucher, résistants sous le scalpel, le plus souvent faciles à énucléer du tissu pulmonaire sain environnant, plus pesants que l'eau, granulés ou lisses à la coupe, non imbibés de sérosité, et criant sous le scalpel comme du tissu fibreux ; tantôt d'une couleur rouge plus ou moins foncée, d'autres fois d'une teinte grisâtre, ardoisée, ponctuée assez souvent de noir. Autour et au milieu de ces noyaux on trouve souvent des lignes blanches de peu d'épaisseur, entrecroisées en tous sens, que M. Andral rapporte à l'inflammation chronique du tissu cellulaire. Dans la majorité des cas, les noyaux d'induration sont disséminés dans toute la hauteur du poumon, qui en est quelquefois farci. On ne peut confondre les noyaux rouges indurés avec aucune autre altération du poumon : il n'en est pas de même de l'induration grise, qui ressemble presque entièrement à ce que Laënnec a décrit sous le nom d'infiltration tuberculeuse grise : aussi je me range à l'opinion de ceux qui croient que l'infiltration grise de Laënnec n'est autre chose que de la pneumonie chronique. Quant aux petits noyaux vésiculaires, on ne les confondra pas avec les tubercules, si l'on réfléchit que la coloration rouge a précédé la coloration grise ; qu'à côté de ces petits noyaux gris on en voit d'autres, de même forme, de même consistance, en un mot, ressemblant en tout à ceux-ci, sauf la coloration ; que souvent il s'en trouve de plus en plus volumineux

qui conduisent ainsi d'une manière insensible de la pneumonie vésiculaire à la pneumonie lobulaire ; enfin qu'on les rencontre tout aussi souvent à la base du poumon qu'au sommet, qui est, comme l'on sait, le lieu d'élection pour les tubercules.

De la troisième période, ou celle d'induration jaune. — Dans cette troisième période, les noyaux offrent encore les mêmes propriétés de tissu, les mêmes variations de volume que ceux précédemment décrits. Ils en diffèrent par une coloration jaune dont les nuances sont très-variables, et qui se fondent insensiblement dans certains cas avec la teinte grise environnante des noyaux du second degré. On ne confondra pas cette matière jaune de la troisième période avec la matière tuberculeuse, car elle est dure, le plus souvent granulée, comme les noyaux rouges et gris, quelquefois elle est placée au centre de ces derniers. Ils se rencontrent tantôt dans un point, tantôt dans plusieurs chez des individus qui ne présentent aucune trace de tubercules, bien plus, dans les poumons d'individus chez lesquels on a reconnu pendant la vie les signes de la pneumonie aiguë, dont on a pu suivre la marche, et qui s'est terminée par un état chronique.

De la quatrième période, ou de ramollissement. — Si la maladie ne s'arrête pas, les indurations jaunes passent à un nouvel état qu'on arrive rarement à reconnaître du vivant de l'individu, à un ramollissement qui donne lieu à la formation d'abcès. Dans ces cas de pneumonie chronique prolongée, voici ce qu'on observe dans le poumon. Ici des noyaux d'induration rouge, là des noyaux gris, plus loin ou au milieu de ceux-ci des noyaux jaunes, dont les uns sont durs comme l'espèce précédente, dont les autres sont plus ou moins fluides à leur centre. Ce ramollissement gagne de proche en proche la circonférence, et bientôt, à la place des noyaux d'induration jaune, on trouve une petite caverne contenant une bouillie jaunâtre plus ou moins épaisse, dans laquelle on distingue souvent les granulations désagrégées dont se composaient les noyaux indurées, bouillie qui ne tarde pas à se convertir en véritable pus. Ces abcès sont multiples, et s'observent avec une égale fréquence dans tous les points du poumon. Leur cavité est irrégulièrement arrondie, sans bride qui les traversent, sans fausses membranes qui les tapissent. Les parois sont formées par

une légère couche de tissu jaune non ramolli, entouré quelquefois lui-même d'une couche variable pour l'épaisseur d'induration grise, ou bien par du tissu pulmonaire sain, toutes les fois que les noyaux qu'ils remplacent se sont complètement ramollis. Dans ces cas la cavité contient un véritable pus, au milieu duquel sont suspendues quelques granulations rouges ou grises. L'ensemble de ces caractères suffit pour différencier les abcès dont il est question des cavités provenant de fonte tuberculeuse. Dans certains cas heureux, la nature nous conduit d'une manière insensible du premier des états de la pneumonie chronique à cet état de ramollissement que je viens de décrire. Ainsi l'on voit un noyau volumineux plongé au milieu d'un tissu sain : ce noyau est formé de couches concentriques de tissu induré, successivement colorées en rouge, en gris et en jaune jusqu'au centre où le ramollissement s'en est emparé. Et qu'on ne croie pas que la coloration d'une de ces couches tranche brusquement sur la coloration de la couche suivante. La teinte rouge se fond insensiblement en une teinte grise, et celle-ci en jaune, de sorte qu'il est impossible de méconnaître l'identité de nature de ces quatre lésions ; on est porté forcément à les regarder comme les périodes d'une seule et même maladie.

Enfin le cas suivant ne semble-t-il pas autoriser à considérer la gangrène comme terminaison possible de la pneumonie chronique ? Le poumon droit tout entier était affecté de pneumonie lobulaire chronique, mais disséminée çà et là dans les noyaux indurés ; on voyait un nombre assez considérable de petites varicules les contenant un liquide noirâtre semblable à de la suie délayée, offrant l'odeur caractéristique de la gangrène. A la coupe, les poumons laissaient écouler une grande quantité de sérosité jaune-verdâtre tenant en suspension de petites parcelles blanches, et exhalant une odeur gangréneuse extrêmement prononcée. Comme propre à confirmer cette opinion, je citerai le cas observé par M. Andral, qu'il a consigné dans sa Clinique médicale (vol. III, p. 488).

Telles sont les différentes périodes que l'observation m'a porté à admettre dans l'évolution des lésions anatomiques de la pneumonie chronique. Plusieurs fois aussi il m'a été donné d'observer à la base du poumon, principalement au pourtour de cette

base, des masses plus ou moins volumineuses d'un tissu rougeâtre ou ardoisé, dense, d'une consistance comme pâteuse, peu imbibé de liquide, gagnant rapidement le fond de l'eau, offrant, en un mot, l'aspect et les caractères de la lésion à laquelle les auteurs ont donné le nom de carnification. MM. Rufz, Rilliet et Barthez ont rencontré chez les enfants une lésion analogue, qu'ils regardent comme une forme de pneumonie chronique. Bien qu'elle puisse avoir été rencontrée à la suite d'une inflammation aiguë, elle n'est pas nécesssairement pour cela de l'inflammation chronique.

Il m'a semblé utile de rapprocher de la description que je viens de faire de la pneumonie chronique celles qu'ont données les différents auteurs. Broussais, dans ses phlegmasies chroniques, résume ainsi les caractères anatomiques de celle de la pneumonie. « Le parenchyme du poumon paraît rouge et endurci, jusqu'à présenter la consistance du foie ; mais quelquefois au centre de cette induration on rencontre des points ramollis et pâteux, comme si l'organe était brisé et putréfié. » Laënnec, dans son chapitre sur la péripneumonie chronique (Aus. méd., t. 1, p. 582), dit : « J'ai trouvé quelquefois autour des cavités qui succèdent à une escharre gangreneuse du poumon la substance pulmonaire beaucoup plus dure que dans l'état d'hépatisation simple et criant sous le scalpel. La surface des incisions que l'on y fait présente l'aspect granulé d'une manière plus marquée que dans la pneumonie aiguë. Lorsqu'on déchire ce tissu, ces granulations sont aussi plus distinctes, beaucoup plus fermes et plus sèches, et par leur rapprochement simulent des œufs d'insectes pressés les uns contre les autres sans aucun intermédiaire ; elles présentent les nuances variées qui existent dans l'hépatisation aiguë ; mais le gris violet ou le rouge livide y domine. On y distingue très peu de points jaunâtres, et quelquefois une teinte verdâtre prononcée indique encore le sphacèle qui a existé dans le voisinage ; ce tissu est à peine humide, et l'on n'en peut presque rien faire suinter en râclant avec la lame du scalpel. » Et plus loin, p. 585 : « J'ai même vu des abcès du poumon se former dans cette période chronique de la maladie, dans laquelle cependant, même dans ces cas, très peu de malades succombent. Dans le petit nombre de sujets dont j'ai eu occasion de faire l'ouverture, j'ai

trouvé ça et là, dans le poumon, des portions d'une consistance plus ferme et moins humide que dans l'hépatisation aiguë, mais d'ailleurs tout à fait semblables. Le tissu pulmonaire, dans leurs intervalles, était fortement infiltré d'une sérosité mêlée de petits points puriformes, plutôt suspendus que dissous, et qui me paraissaient indiquer, ainsi que la teinte jaunâtre du tissu pulmonaire lui-même, la résolution d'une péripneumonie qui était arrivée au dégré de suppuration. » Dans la discussion à laquelle il se livre sur la question de savoir si les tubercules sont une terminaison de la pneumonie chronique, il donne derechef les caractères anatomiques de cette dernière, et fait voir qu'ils diffèrent entièrement de ceux des tubercules : « Dans la pneumonie chronique, il est évident qu'il n'y a autre chose qu'engorgement inflammatoire des vésicules aériennes, qui, pressées les unes contre les autres comme les œufs de certains insectes, et sans intervalle aucun, sont toutes d'une grosseur égale, rougeâtres, verdâtres ou jaunâtres. Ces dernières, piquées avec la pointe d'une aiguille, laissent quelquefois échapper une goutelette de pus. S l'on compare cette lésion avec les tubercules miliaires les plus petits, et qui par leur forme obronde sembleraient aussi être développés dans l'intérieur d'une cellule aérienne, on y trouvera des différences énormes : car ces tubercules, demi-transparents ou tout à fait diaphanes, quelque nombreux et rapprochés qu'ils soient, sont toujours disséminés, au moins primitivement, dans le tissu pulmonaire crépitant et sain ; ils grossissent par intussusception, et ne se réunissent qu'en perdant leur forme et leur couleur primitives. » (Tome II, p. 72.) Voici comment s'explique M. Andral dans sa Clinique médicale, tome III, pages 461 et suiv. « De même que nous avons admis un ramollissement rouge et un ramollissement gris, de même nous admettons aussi une induration rouge et une induration grise. » Dans une note il dit qu'il convient d'y ajouter l'induration noire. Son caractère anatomique (celui de la pneumonie chronique) est pour nous un endurcissement du tissu pulmonaire qui est devenu en même temps imperméable à l'air et qui offre une teinte fauve, grise ou noire. Tantôt on trouve dans cet état d'endurcissement soit un lobe entier, soit une partie considérable de lobe ; tantôt

ce sont des lobules isolés les uns des autres qui sont ainsi indurés, et ils sont séparés par un tissu parfaitement sain. Tantôt, enfin, la pneumonie chronique est encore plus circonscrite, et dans un même lobule, elle n'envahit qu'un certain nombre de vésicules ; dans ce dernier cas, les poumons sont parsemés d'un nombre plus ou moins considérable de granulations qu'on a regardées à tort, selon nous, comme des produits de nouvelle formation. Du reste, sous l'une ou l'autre de ces formes, la pneumonie chronique peut succéder à l'état aigu, ce qui est rare; elle peut se former insensiblement, d'une manière sourde, sans qu'à aucune époque de son existence on ait jamais observé les signes d'une maladie aiguë ; ce deuxième cas est beaucoup plus commun que le premier. » M. Chomel en a donné une description à peu près analogue (Dict. de méd., tome XXV, p. 224). Dans l'observation de pneumonie chronique, suite de pneumonie aiguë, du docteur Fauvel, il est dit que le poumon était d'un gris noirâtre à la coupe, semé de points et plaques jaunes plus nombreux à la base qu'au sommet et de forme irrégulièrement arrondie. La pression faisait sortir du milieu des points jaunâtres une matière purulente épaisse. Le tissu pulmonaire était ferme, difficile à déchirer ; sa surface était grenue. On trouve aussi dans le chapitre que M. Grisolle a consacré à ce sujet une description exacte de certaines périodes de la pneumonie chronique.

Je ne prétends pas faire ici la critique des diverses descriptions qui ont été données de la pneumonie chronique ; je ferai observer seulement que les auteurs ayant, d'après leur propre aveu, vu fort peu de cas et n'ayant pas pu suivre la maladie dans toutes ses périodes, toutes les formes de la pneumonie chronique s'y trouvent décrites isolément, sans qu'aucun ait fait voir le lien qui les unit. En terminant tout ce qui a rapport à cette partie de mon sujet, j'insisterai de nouveau sur ces points importants dans l'histoire de la pneumonie chez le vieillard, que la forme chronique est aussi fréquente dans la vieillesse qu'elle est rare chez l'adulte, et que sa forme anatomique habituelle est la forme lobulaire.

Symptômes. — Les symptômes de la pneumonie chronique consécutive à la pneumonie aiguë, quand cette dernière période est complètement terminée, et ceux de la pneumonie chronique

primitive sont les mêmes ; et, bien que, dans le premier cas, on ait de plus le passage à l'état chronique, une description unique sera suffisante. Rappelons ici un fait anatomique important : que la pneumonie aiguë est généralement lobaire, la pneumonie chronique, lobulaire ; d'où il suit que, quand une inflammation aiguë du poumon revêt la forme chronique, certains points seulement s'indurent, tandis que la résolution s'opère dans les autres. De là les phénomènes suivants : selon que les noyaux seront plus ou moins volumineux, plus ou moins rapprochés et nombreux, la matité qu'on observait au début peut persister avec toute son intensité, diminuer d'étendue ou disparaître entièrement. Au bruit de souffle primitif se mêle, dans l'inspiration, du râle sous-crépitant de retour, dispersé çà et là sur la surface malade, râle sous-crépitant qu'on finit par ne plus entendre, quand la résolution s'est entièrement opérée dans les points intermédiaires aux noyaux de pneumonie chronique. Enfin ce râle a disparu, il ne reste plus qu'un bruit de souffle qui se modifie dans ses caractères, selon que l'induration du tissu pulmonaire se prononce davantage; il continue à se faire entendre, soit à l'inspiration ou à l'expiration, soit le plus souvent aux deux temps ; mais il perd le timbre aigu du début, il devient large, sonore, rude, simulant dans certains cas, à s'y méprendre, le souffle caverneux. La bronchophonie elle-même, dans ces cas, finit par se confondre avec la pectoriloquie. Au moment où j'écris ces lignes vient de mourir à la Pitié un vieillard qui offrait, sous la clavicule droite et dans la fosse sous-épineuse du même côté, une matité absolue avec souffle caverneux et une pectoriloquie douteuse. Chez ce malade l'amaigrissement était extrême, ainsi que l'étroitesse de la poitrine ; pas d'hémoptysie actuelle ou antécédente ; on soupçonnait l'existence d'une caverne, et pourtant on ne trouva à l'autopsie que ces noyaux d'induration rouge et grise que j'ai décrits plus haut, qui se pressaient en foule, serrés les uns contre les autres, sans la moindre excavation ni dilatation bronchique. J'insiste donc sur ce point : dans tous les cas où j'ai pu suivre une pneumonie dans toutes ses périodes, ces modifications dans le bruit du souffle, à mesure que la maladie passait de l'état aigu à l'état chronique, ont été constatées ; mais ajoutons

que le souffle comme caverneux n'a jamais été observé que dans les cas où un point plus ou moins étendu du poumon était farci de noyaux indurés, de sorte qu'on aurait pu, à un examen superficiel, croire sur le cadavre à l'existence d'une pneumonie lobaire. Dans tous ces cas je me suis assuré, par une dissection minutieuse, qu'il n'existait aucune dilatation bronchique qui eût pu induire en erreur. On comprend aussi, et ce cas est le plus fréquent, que, si les noyaux sont en petit nombre et distants les uns des autres, on ne percevra pas plus de bruit de souffle que de matité, bien que la respiration soit moins pure, plus rude qu'à l'état normal. Dans d'autres circonstances pourtant, il faut le dire, en tout semblables à celles dans lesquelles se produit le bruit de souffle caverneux, ce n'est plus celui-ci qu'on observe, mais au contraire une diminution d'intensité plus ou moins considérable du bruit respiratoire, qui fait soupçonner un obstacle à l'expansion vésiculaire.

Les symptômes généraux varient suivant que la maladie devra ou non se terminer d'une manière fâcheuse. Si le malade doit continuer à vivre avec ses noyaux d'induration pulmonaire, les symptômes de la pneumonie aiguë, qui ont diminué chaque jour d'intensité, disparaissent à peu près complètement, et le malade jouit d'une santé qu'on croirait à peine compatible avec l'étendue des lésions dont le poumon est le siége. Cette persistance de la santé avec des noyaux plus ou moins multipliés d'induration chronique est le cas le plus fréquent, car on pourrait presque dire qu'il est même rare de faire des autopsies de vieillards sans trouver de ces noyaux en plus ou moins grand nombre, quelle que soit la lésion à laquelle ils ont succombé. Dans les cas, au contraire, où la pneumonie doit se terminer par la mort, on observe un ensemble de symptômes plus ou moins graves que je vais décrire. Et d'abord, des symptômes qui caractérisaient l'état aigu, le plus grand nombre perdent de leur intensité, ou disparaissent entièrement : ainsi la toux est peu fréquente, sans douleur de côté, l'expectoration ne différant en rien de celle d'un catarrhe bronchique simple; d'autre fois le malade est pris d'une petite toux sèche, à laquelle il ne fait même pas attention ; les crachats ne contiennent pas de sang.

Dans le jour, absence presque complète de fièvre ; le soir seulement on observe de l'accélération dans le pouls et de la chaleur à la peau, qui est en même temps sèche. Un seul de nos malades, qui n'offrait dans le poumon d'autre lésion que des noyaux d'induration, fut continuellement couvert de sueurs abondantes ; ces sueurs étaient même le symptôme général le plus saillant qu'il présentât pendant sa maladie. La langue est blanche ou jaunâtre, sans sécheresse prononcée ; l'appétit se perd progressivement, ainsi que les forces ; la faiblesse des jambes oblige le malade à garder le lit ; il y a de la constipation, plus souvent de la diarrhée. Pendant le cours de cette période, dont la durée plus ou moins longue ne peut être rigoureusement fixée, on voit quelquefois le malade présenter dans l'ensemble des symptômes une amélioration momentanée qui peut se soutenir un ou plusieurs jours, au point de faire croire à une convalescence franche et à une guérison prochaine, pour reprendre bientôt leur intensité et leur gravité premières. Mais, au bout d'un temps plus ou moins long, la faiblesse augmente, l'amaigrissement fait des progrès, l'appétit devient nul, la langue se sèche, devient poisseuse, fuligineuse, la respiration courte, accélérée, les membres s'œdematient, des escarres se montrent au sacrum, une douleur plus ou moins vive paraît quelquefois dans un des points de la poitrine, la prostration devient de jour en jour plus considérable, et le malade meurt dans le dernier degré du marasme. Lorsque la maladie se termine par la formation d'abcès, ceux-ci sont en général de trop petite étendue pour qu'ils donnent lieu à des symptômes qui puissent les faire reconnaître du vivant de l'individu. Dans le cas de terminaison par gangrène, l'haleine et les crachats peuvent offrir, d'après une observation de M. Andral, une odeur fétide, caractéristique ; mais aussi ces signes peuvent manquer. Très-souvent un épanchement pleurétique, quelquefois un épanchement de sang, viennent compliquer la pneumonie chronique dans les derniers jours et accélèrent le terme fatal.

Diagnostic. 1° *Lésions chroniques de la plèvre.* — Il est plus facile de confondre avec la pneumonie chronique qu'avec la pneumonie aiguë les lésions de la plèvre, dont j'ai parlé à propos de cette dernière. La matité absolue, le souffle plus constant,

la dépression du thorax, qu'on observe avec ces altérations, sont les principaux signes à l'aide desquels on parvient à les distinguer de la pneumonie chronique. Mais, comme je l'ai déjà dit, ces deux ordres de lésions se trouvent souvent réunis, et alors le diagnostic des deux devient impossible. 2° *Dilatation des bronches.* — La dilatation bronchique peut présenter tous les signes de la pneumonie chronique ; et, puisqu'elle s'accompagne souvent d'induration du tissu pulmonaire environnant, on ne s'étonnera pas que les symptômes soient identiques dans les deux cas. Ajoutons toutefois que cette lésion est excessivement rare, eu égard à la fréquence de la pneumonie chronique dans la vieillesse. 3° *Matière noire pulmonaire.* — Chez un nombre variable de vieillards, les poumons, surtout à leur sommet, sont convertis en un tissu noir, dur, résistant sous le scalpel, formant quelquefois des masses volumineuses, pleines ou creusées de vacuoles, au centre desquelles on trouve assez souvent de la matière tuberculeuse, crue, ou à l'état crétacé ; d'autres fois disseminée sous forme de granulations, de plaques, de lames d'une largeur et d'une épaisseur variables. Dans l'un comme dans l'autre cas, les parties du poumon ainsi altérées ont acquis une densité très-remarquable, et gagnent le fond de l'eau. Je ne me prononce pas sur la nature et l'origine de cette matière noire ; du reste, je ne connais aucun signe qui puisse faire distinguer cette induration de celles que j'ai décrites comme appartenant à la pneumonie chronique, occupant également le sommet. Toutefois, pour le dire en passant, comme cette lésion coïncide souvent avec l'existence de tubercules chez le vieillard, quand les signes de ces derniers ont existé ou existent déjà, on peut soupçonner la présence de cette matière noire. 4° *Cavernes tuberculeuses.* — Les abcès de la pneumonie chronique, comme je l'ait déjà dit, étant en général de peu d'étendue, disseminés çà et là dans la profondeur du poumon, peuvent donner rarement lieu aux signes ordinaires des excavations pulmonaires. Il s'ensuit que, si l'on perçoit de la pectoriloquie, du gargouillement, etc., dans un point du thorax, surtout si c'est au-dessous des clavicules ou dans les fosses sous-épineuses, il sera presque certain qu'on aura à faire à une excavation tuberculeuse. Les antécé-

dents du malade et la nature des crachats viennent aussi en aide au diagnostic. Rappelons toutefois que dans quelques cas rares on peut observer du souffle caverneux avec pectoriloquie dans une pneumonie chronique qui n'est encore qu'à l'état d'induration.

L'*Étiologie* est presque entièrement inconnue ; on peut cependant dire que la vieillesse prédispose à la pneumonie chronique : elle est en effet commune à cette époque de la vie et rare au contraire dans l'âge adulte. Le *pronostic* est nécessairement grave, puisque le médecin doit toujours redouter une des terminaisons que j'ai indiquées ; cette terminaison est quelquefois prompte, d'autres fois les malades peuvent garder des noyaux d'induration chronique pendant des années, sans que pour cela la santé générale soit sensiblement affectée. Le pronostic devient d'une gravité extrême, si à l'inflammation chronique du poumon s'ajoute une inflammation aiguë ou toute autre affection apportant de nouveaux obstacles à la respiration.

Traitement. — L'indication évidente dans la pneumonie chronique, c'est de résoudre les indurations qui la constituent ou d'en retarder la marche. Il semble donc rationnel d'avoir recours aux dérivatifs internes et externes ; mais il faudrait que l'usage en fût tellement prolongé pour qu'ils eussnt la moindre chance d'efficacité, que les avantages qu'on pourrait retirer de leur emploi ne compenseraient pas les inconvénients et les douleurs auxquels le malade serait si longtemps soumis. On a conseillé encore le mercure, l'iodure de potassium et une foule d'autres médicaments dont on a coutume de se servir contre les maladies chroniques ; mais ceux-mêmes qui les conseillent n'ont pas grande confiance dans leur puissance. Il convient dans ces cas de se restreindre à une médication purement hygiénique et symptomatique, ayant pour but d'éloigner toutes les causes capables de nuire au malade, de combattre les épiphénomènes et les complications à mesure qu'ils se présentent, et de soutenir les forces du sujet par une alimentation tonique et réparatrice.

Imprimerie de Wittersheim, rue Montmorency, 8.